

Niño de 10 años con historia de dolor...

Alicia Rodríguez Velasco,¹ Irene Rivera Salgado,³ Mario Edgar Tena Sanabria²

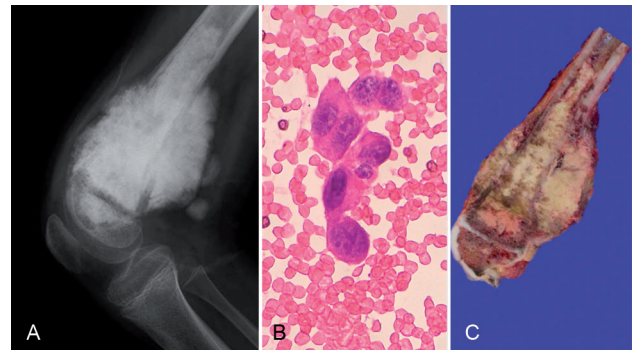
El ejercicio clínico-patológico tiene dos propósitos: primero compartir casos que por sus aspectos clínicos y anatomopatológicos sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica; segundo, utilizarlos para formar un acervo que después podamos consultar.

En la primera parte, después de la presentación clínica y anatomopatológica del caso, se plantea una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: V, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y F, falso, si por el contrario se considera erróneo dicho enunciado. En el siguiente número de la revista se encontrarán las respuestas a los enunciados, así como algunas "perlas" de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

PRIMERA PARTE

Se trata de niño de 10 años con historia de dolor, de un año de evolución, en tercio distal de fémur derecho, manejado primero por la mamá con aplicación local de sustancias como alcohol y posteriormente por médico con analgésicos, sin mejoría. El dolor se volvió incapacitante ocho meses después y apareció aumento de volumen sólo un mes previo a su ingreso. Se toma placa simple de extremidades (Figura 1A), con base en los hallazgos se decide su envío a un tercer nivel de atención. A su ingreso se realiza biopsia por punción con aguja delgada (BAAD) (Figura 1B) y se corrobora el diagnóstico clínico de osteosarcoma. Gammagrama óseo refiere enfermedad localizada. Se inicia quimioterapia neoadyuvante (cisplatino/epirrubicina,

cinco ciclos). Cinco meses después se realiza resección en bloque del tumor (Figura 1C), se coloca prótesis y empieza quimioterapia adyuvante con ciclofosfamida/VP 16. DHL inicial 752, final 427 U/L (normal 140-332). La pieza quirúrgica se reporta, histopatológicamente, sin tumor viable.



1. ____ La enfermedad esta confinada a la metáfisis.
2. ____ Es la neoplasia maligna primaria de hueso más frecuente.
3. ____ Las variantes convencionales incluyen al osteosarcoma de células pequeñas.
4. ____ Los niveles de DHL se correlacionan con el pronóstico de la enfermedad.
5. ____ En muchos centros la biopsia seguida de quimioterapia neoadyuvante es el tratamiento inicial de elección.
6. ____ La respuesta histológica a la quimioterapia es de valor pronóstico.

¹ Anatomopatóloga.

² Ortopediatra.
Unidad Médica de Alta Especialidad, Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

³ Anatomopatologa, Hospnital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

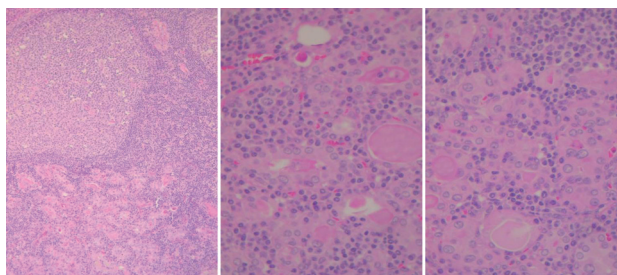
Correspondencia: Dra. Alicia Rodríguez Velasco; correo electrónico: alirove0101@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Rodríguez-Velasco A, Rivera-Salgado I, Tena-Sanabria ME. Niño de 10 años con historia de dolor... Patología Rev Latinoam 2013;51:213-214.

www.revistapatologia.com

SEGUNDA PARTE DEL EJERCICIO DEL NÚMERO ANTERIOR

- Falso.** Aunque la glándula está aumentada de tamaño, la imagen que se observa en este caso es de una glándula sólida, nodular, café claro y de aspecto carnosos, con similitud en la superficie de corte a un ganglio linfático; que no corresponde con la imagen clásica del bocio multinodular en donde la glándula tiene un crecimiento irregular, con múltiples nódulos bien delimitados con abundante material coloidal y que corresponde a la lesión más frecuente de la tiroides.
- El diagnóstico es** tiroiditis de Hashimoto. Corresponde a una enfermedad autoinmune con deterioro gradual de la glándula tiroides; se presenta en pacientes con aporte normal e incluso aumentado de yodo en la dieta, con una mayor prevalencia en mujeres entre la tercer y quinta décadas de la vida. El proceso autoinmunitario en la tiroiditis de Hashimoto es humoral y celular, y se debe a la activación de los linfocitos T CD4 sensibilizados contra antígenos tiroideos que estimulan la proliferación de linfocitos T CD8 auto-reactivos que destruyen a los tirocitos. Los linfocitos activados inducen a los tirocitos a expresar moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad clase II (HLA-DR, DP, DQ) estimulando la gran proliferación de linfocitos T y la destrucción de la glándula tiroides. Además las células CD 4 activadas reclutan a las células B autoreactivas para que produzcan anticuerpos contra los antígenos tiroideos, como la peroxidasa microsómica tiroidea (95%), la tiroglobulina (60%) y el receptor de TSH.
- Falso.** La tiroiditis de Hashimoto es una enfermedad autoinmune que se asocia a la presencia de anticuerpos antitiroideos en un 20%. Hasta en un 68% no se solicitan por no haber sospecha de la entidad. En el perfil tiroideo aproximadamente 46% son eutiroides y hasta 45% son hipotiroides.



- Verdadero.** La tiroiditis de Hashimoto se asocia a neoplasias malignas de tiroides en un 13%. De las cuales el 72% se asocia a carcinoma papilar, 17% a carcinoma folicular, 6% a linfoma no Hodgkin, 2% a carcinoma medular y 2% a carcinoma anaplásico. La asociación de tiroiditis de Hashimoto con neoplasias benignas y bocio es del 15%.
- El **diagnóstico diferencial** se debe establecer principalmente con carcinoma papilar de tiroides, ya que además de su asociación, en algunas ocasiones la atipia que presentan las células foliculares (células de Hurthle o Azkanazy) en tiroiditis de Hashimoto son tan marcadas, con nucléolo y los núcleos son tan claros que se pueden confundir; sin embargo, no reúnen todos los parámetros citológicos del carcinoma papilar de tiroides. Otra entidad es con tiroiditis linfocítica que corresponde en algunos casos a un espectro de la enfermedad y con linfoma ya que el tejido linfocítico puede ser tan abundante que oculta al tejido tiroideo y se puede confundir con linfoma folicular.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Staii A, Mirocha S, Todorova-Koteva K., Hashimoto thyroiditis in more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state. *Thyroid Research Journal* 2010;3:1-11.
- HimaleeSiriweera E, Illangakoon Rataatunga NV. Profile of Hashimoto's thyroiditis in Sri Lankans: Is there an increased risk of ancillary pathologies in Hashimoto's thyroiditis. *Journal of Thyroid Research*, vol. 2010, Article ID 124264, 5 pages, 2010. doi:10.4061/2010/124264.